

Steuden, Stanisława / Steuden, Michał

Padaczka jako problem studentów szkół wyższych o profilu pedagogicznym : przegląd wybranych zagadnień medycznych i psychologicznych na kanwie analizy przypadku

Studia Płockie 21, 83-88

1993

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych oraz w kolekcji mazowieckich czasopism regionalnych mazowsze.hist.pl.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Stanisława Steuden, Michal Steuden

PADACZKA JAKO PROBLEM STUDENTÓW SZKÓŁ WYŻSZYCH O PROFILU PEDAGOGICZNYM.

Przegląd wybranych zagadnień medycznych i psychologicznych na kanwie analizy przypadku

Padaczka stanowi ważny problem w życiu społecznym ludzi, rzutuje na wybór zawodu, kierunki zainteresowań, rodzaje aktywności życiowych, pasji sportowych. Jest istotnym czynnikiem stanowiącym przeszkodę w wyborze wielu zawodów, w tym także i wyboru zawodu pedagogicznego. Z tych przyczyn stale aktualnym pozostaje zagadnienie rozpoznania schorzenia, określenia, jak długo należy go leczyć i kiedy można chorego uznać za wyleczonego.

1. Określenie i rodzaje napadów padaczkowych

Wskaźnikiem, zwracającym uwagę na możliwość występowania napadów padaczkowych jest zaobserwowanie powtarzających się stereotypowych nieprawidłowych zachowań. Z racji zewnętrznego wyglądu napadów padaczki wyodrębnia się napady duże i małe. Duże przebiegają z uogólnionymi drgawkami ciała i utratą przytomności. Bezpośrednie ich wystąpienie poprzedzają zwykle objawy zwiastunowe, przebiegające często pod postacią zmian nastroju. Po przebytych napadzie chory dopiero po pewnym czasie powraca do stanu pełnej aktywności. Napady duże wymagają różnicowania: z gwałtownymi zaburzeniami rytmu serca, nagłymi spadkami poziomu glukozy czy wapnia we krwi. Małe napady są trudniejsze do rozpoznania. Do tej grupy zalicza się krótkotrwałe zaćmienia świadomości łączące się z współwystępowaniem zaburzeń ruchowych: mruganiem oczyma, wykonywaniem ruchów rękami, ciałem, głową. Wyodrębnioną grupę stanowią takie, które przebiegają wyłącznie lub głównie w sferze psychicznej, przy braku elementów ruchowych, są one również znane pod nazwą ekwiwalentów padaczkowych, są to:

- jakościowe zmiany świadomości (napady psychomotoryczne), okresowe przymroczenie, trudności w percepcji otoczenia występujące przez różne długie okresy czasu,
- napadowe zaburzenia spostrzegania (napady psychomotoryczne), spostrzeganie przedmiotów małymi, dużymi, oddalonymi, bliskimi, lub też ich oddalania się, przybliżania, poczucie czegoś już dawno widzianego, nigdy nie widzianego,
- napady dyschromognostyczne, zgubienie się w czasie, chwilowa utrata poczucia czasu,
- zaburzenia emocjonalne (napady dystymiczne), nagle występujące poczucie zadowo-

lenia, złości, mściwości, zagrożenia, krzywdy,

- napadowe zaburzenia intelektu (dysmetyczne, depersonalizacyjne, derealizacyjne), chwilowe upośledzenie rozumienia, wnioskowania, interpretacji przynależności swego ciała lub jego części do siebie samego, przemijające dylematy poczucie ja, nie-ja, moje ręce, nie-moje.¹ Szczególnie trudnymi diagnostycznie są napady czołowe. Na skutek drażnienia okolic czołowych mózgu chory może wykonywać ruchy a nawet sekwencje działań nad którymi nie ma kontroli, przy czym ma zachowaną świadomość, może to być napadowy śmiech, grymasy twarzy, skoki, gwałtowne ruchy rękami itp. W części przypadków u osób z takimi napadami nie stwierdza się zmian w rutynowo wykonywanym badaniu eeg. Wynikać to może z lokalizacji ogniska padaczkorodnego na podstawie lub części przyśrodkowych płatów czołowych.²

2. Problemy diagnostyczne i terapeutyczne

W diagnostyce osób chorych na padaczkę stale aktualnym jest problem czułości i trafności badań. Podstawowymi kryteriami w ustaleniu rozpoznania są: patologiczne zmiany czynności bioelektrycznej mózgu ujawniające się w zapisie eeg, typowy charakter napadów i ustępowanie napadów pod wpływem leczenia. U chorej osoby czynność bioelektryczna mózgu może być na skutek choroby zaburzana, ale pomimo tego w 45 minutowym zapisie eeg mogą się nie ujawnić charakterystyczne dla schorzenia zmiany, pomimo stosowania zabiegów prowokujących ich pojawienie się, za pomocą: pogłębionego oddychania, świecenia migotliwym światłem w oczy. Bardziej diagnostycznym jest badanie wykonane po 24 godzinach spędzonych bezsennie. Brak snu i zmęczenie są czynnikami ułatwiającymi ujawnienie się zmian patologicznych w zapisie. Kolejnymi, zwykle nie wykonywanymi w kraju z racji braku sprzętu badaniami jest prowadzenie zapisu eeg przez okres 24 godzin. Wówczas to chory z umocowanymi na głowie elektrodami, połączonymi drogą radiową z rejestrującym aparatem eeg, prowadzi aktywny tryb życia. Badanie takie pozwala na wykrycie w około 90%, osób z napadami padaczki. Majkowski³ uważa, że sprzężenie 24 godzinnego zapisu eeg z obrazem magnetowidowym pozwala na lepsze rozeznanie się co do napadów, pozwala także na porównanie często niejednoznacznego zapisu eeg z zachowaniem się badanej osoby. U osób u których występują ataki agresji o dużym nasileniu często połączone z niszczeniem otoczenia czasem wobec braku zmian w rutynowych badaniach eeg stosuje się zapis eeg poprzez umieszczone operacyjnie w różnych okolicach mózgu elektrody. Pozwala, to na skorelowanie miejsca powstających zaburzeń funkcjonalnych w mózgu z zaburzeniami zachowania dla celów leczenia operacyjnego. Należy pamiętać przy tym, że w części przypadków, dopiero implantacja elektrod wewnątrz mózgu pozwala w sposób pewny na określenie, czy istniejące zaburzenia zachowania u badanego mają charakter padaczkowy.

Stale istnieje problem, pewności postawionego rozpoznania napadów padaczki, tego jak długo mogą się one utrzymywać oraz jaka może być prognoza. Napady przebiegające bez specjalnego zakłócania codziennego życia nie stanowią istotnego ograniczenia aktywności. W terapii farmakologicznej tych osób stosowane są leki o łącznym działaniu uspakajającym i przeciwpadaczkowym: pochodne hudantoiny, kwasu barbiturowego, bezodwuazepiny, kwasu walpronowego. Zależnie od typu i częstotliwości napadów proponuje się różnie długi okres stosowania leków. Wystąpienie przygodnego (pojedynczego) napadu padaczki po spożyciu dużej ilości alkoholu, wstrząsie emocjonalnym, bólowym wymaga zawsze szczególnych badań choć może nie wymagać stosowania leków przeciwpadaczkowych. W przypadku powtarzających się napadów zależnie od ich typu i obrazu eeg proponuje się stosowanie leków

przez okres od 2 do 5 lat od ustania ataków. Stale jednak ma się na uwadze fakt, że napady padaczki są manifestacją uszkodzenia mózgu. Tym samym możliwość ich ponownego pojawienia się u osób, które miały napady padaczki jest większa. Dlatego zaleca się prowadzenie uregulowanego trybu życia, unikanie alkoholu, spokojną, systematyczną pracę przebiegającą bez wstrząsów, nadmiernych wrażeń a także pełny i regularny sen. Stosunkowo łatwo jest rozpoznać napady padaczki duże, natomiast rozpoznanie napadów przebiegających wyłącznie w sferze psychicznej jest trudne a często niemożliwe, szczególnie wtedy gdy nie stwierdza się typowych zmian w zapisie eeg. Stąd też często określa się je nazwą ekwiwalenty napadów padaczkowych. Ponadto istnieją także zaburzenia zachowania pod postacią zagapienia się, mimowolnych ruchów w których nie uzyskuje się potwierdzenia, napadów padaczki, rozpoznaje się wówczas: zachowania histeryczne, omdlenia, tężyczkę, napadowy zawrót głowy, ruchy mimowolne, lęki nocne.⁴

Z punktu widzenia lekarskiego oprócz diagnostyki ważną jest ocena konieczności leczenia, a ta wynika z stopnia pewności rozpoznania, dokuczliwości objawów dla osób chorych i dla ich otoczenia. Z punktu widzenia społeczno-psychologicznego generalnie większe znaczenie mają cechy osobowości lub też zaburzenia funkcjonowania pod postacią zaburzeń emocjonalnych i charakterologicznych. Mogą się one manifestować okresami samozadowolenia lub nawet wielomiesięcznego mściwego, dysforycznego nastroju. Ważną jest świadomość możliwości zmiany morfologii napadów i przechodzenie jednego typu napadów w inne. W wielu badaniach stwierdza się, u osób chorych na padaczkę częstsze niż wśród innych występowanie zaburzeń emocjonalnych, częściej osoby takie nie zakładają rodzin własnych i pozostają samotne.⁵ W oparciu o psychologiczne badania testowe u osób chorych na epilepsję można przewidzieć powodzenie lub jego brak w zakresie realizacji planów życiowych,⁶ a także wskazanie prawdopodobnej drogi rozwoju życiowego.

3. Analiza przypadku

N.Z. zdrowy sprawny fizycznie chłopiec, w czasie treningu sportowego w szkole średniej przypadkowo upadł i uderzył głową o lód. W następstwie urazu, przytomności nie stracił ale po upadku pojawiło się występujące napadowo uczucie: gorąca, duszności, osłabienia i mdłości. Leczący go lekarze niezbyt jasno precyzowali rozpoznanie, wahało się ono pomiędzy zaburzeniami czynnościowymi a napadami padaczki. Chłopcu zalecono przez około rok czasu pobieranie depakiny - leku o działaniu przeciwpadaczkowym. Po upływie roku pobierania leku dolegliwości ustąpiły, warto przypomnieć, że podatność zaburzeń na leczenie lekami przeciwpadaczkowymi stanowić może jedno z kryteriów potwierdzających rozpoznanie padaczki.⁷ Chłopiec ukończył z powodzeniem szkołę średnią, ale choroba uniemożliwiła mu wymarzoną karierę sportową. Przerwał treningi wobec konieczności systematycznego pobierania leków a także, możliwości kolejnych urazów głowy, które mogły przebiegać z trudnymi do przewidzenia negatywnymi skutkami. Zalecono mu ponadto prowadzenie uregulowanego trybu życia, unikanie alkoholu, spokojną systematyczną pracę przebiegającą bez wstrząsów i nadmiernych wrażeń, regularny i pełny sen. Trudno powiedzieć jaki czynnik wpłynął na dalszy bieg jego życia, w każdym razie, po ukończeniu szkoły średniej zdecydował się na wybór studiów pedagogicznych. Wyrażnych przeszkód do wyboru zawodu nauczycielskiego a więc łączącego się z stałymi kontaktami z ludźmi nie było, ponieważ minęło kilka lat od ustąpienia objawów choroby. Podczas pobytu na studiach włączył się do grupy osób prowadzących ascetyczny tryb życia, dążył drogą medytacji łączących się z bezsennymi nocami do wzmoc-

nienia swej siły woli, czynił to jednak zbyt forsownie. Zmęczenie organizmu stało się prawdopodobnie przyczyną pojawienia się zasłabnięć i omdleń podobnych do tych jakie miał bezpośrednio po wypadku. Zasłabnięcia zwróciły uwagę jego opiekunów i stanowiły podstawę skierowania na odpowiednie badania. Podczas badań stwierdzało się u niego doskonale zdrowie fizyczne, orientację, umiejętność panowania nad słownictwem, poprawne zachowanie się. W wykonanym zapisie czynności bioelektryczne mózgu (eeg) rutynowo wykonywanym po wypoczynku nie było zmian chorobowych. Takie samo badanie wykonane po 24 godzinach spędzonych bezsennością pozwoliło na stwierdzenie w okolicy skroniowej grupy fal ostrych (objaw drażnienia), bezpośrednio po pojawieniu się których w zapisie badany wykonał ruch - artefakt ruchowy. Wynik ten można było zinterpretować jako ujawnienie się patologicznego stanu pobudzenia okolicy skroniowej a następnie przeniesienie się stanu pobudzenia na pobliski obszar kory motorycznej, co spowodowało wykonanie ruchu przez badanego. Tym samym można było zinterpretować całość sytuacji w następujący sposób: badany pozostawał przez kilka lat bez objawów ekwiwalentów napadów padaczkowych, ale prawdopodobnie drogą nadmiernych umartwień, bezsennych nocy uaktywnił schorzenie, z trudnymi do przewidzenia dalszymi skutkami.

W badaniu skalą inteligencji Wechslera - Bellevue wykonanym po bezsennych 24 godzinach uzyskał Iloraz Inteligencji w skali pełnej 89, werbalnej 95, czynnościowej 81 (wynik potencjalny 85).

W poszczególnych podtestach wyniki wynosiły:

Rozumienie	13
Powtarzanie Cyfr	3
Arytmetyka	7
Podobieństwa	12
Historyjki	7
Braki na Obrazkach	8
Klocki	7 (10)
Układanki	3
Podstawianie	12

Wskaźniki inteligencji uzyskał poniżej wartości oczekiwanych dla jego poziomu wykształcenia, co może wynikać z badania wykonanego po spędzeniu przez niego bezsennej nocy. Nastawienie do zadań testowych miał pozytywne, polecenia słowne wykonywał szybko, dłużej trwało wykonywanie zadań manipulacyjnych. W uzyskanym profilu stwierdza się wyraźnie obniżony wynik w podteście Powtarzanie Cyfr, - powtórzył wprost cztery cyfry, wspak 2, co przemawia za większą trudnością w otworzeniu materiału pamięciowego, który zarówno wymaga zapamiętania jak i operacji odwrócenia wskazuje to na upośledzenie zdolności do koncentracji uwagi, pamięci bezpośredniej. Znacznie obniżony jest wynik w podteście Układanki. Podtest ten sprowadza się do ułożenia z odpowiednich kawałków: manekina, profilu twarzy i ręki. Poprawnie i w granicach limitu czasu ułożył manekina, układając profili twarzy wstawił ucho w nieodpowiednie miejsce - poniżej linii włosów, a kawałek który tam przynależy uznał za zbędny, błędu w wykonaniu nie dostrzegł. Nie potrafił ułożyć - dłoni. Po chaotycznych próbach połączenia poszczególnych elementów ze sobą i upływie pięciu minut stwierdził, że prawdopodobnie jest to ręka, ale nie wie jak te elementy połączyć ze sobą. Niepowodzenia w wykonaniu tego podtestu wiążą się z obniżoną zdolnością myślenia syntetycznego i orientacji przestrzennej. Dobre wyniki uzyskał w podtestach: Rozumienie, Podobieństwa, oraz Podstawianie. Przemawia to za rozumieniem sytuacji społecznych, myśleniem abstrakcyjnym, dokonywaniem uogólnień, zachowaną umiejętnością uczenia się no-

wych sytuacji, giętkością skojarzeń. Tempo wykonywania poszczególnych zadań było zróżnicowane, przy zadaniach trudniejszych czas wykonania wzrastał niewspółmiernie do stopnia ich trudności jak również w porównaniu z zadaniami prostszymi. Szczególne trudności sprawiały podtesty wymagające operacji manualnych, w których istotne znaczenie miały funkcje wzrokowe: analizy i syntezy na materiale konkretnym. W całości badanie zostało wykonane w przedłużonym czasie dwu i pół godzin. Nie ujawniał cech osobowości jakie spotykano niekiedy u osób chorych na padaczkę.⁸ Wynik badania psychologicznego wskazywał na ograniczone zaburzenie funkcji przestrzennych i pamięci, jakie mogą się wiązać z ograniczonym uszkodzeniem mózgu.

W opisanym przypadku, niejasność rozpoznań wynikała z mało typowej formy napadów i jak się zdaje trudności terminologicznych. Można było bowiem zastosować do nich określenia zarówno termin napady padaczki, jak i określenie o mniejszej mocy znaczeniowej ekwiwalenty napadów padaczki. We wczesnym okresie choroby unika się często drastycznych określeń z racji potencjalnych możliwości ustąpienia napadów i wyleczenia chorego. Niejasność rozpoznania ma wówczas dodatkowy walor w tym, że pozwala byłemu choremu na zapomnienie o przebytej chorobie i nie naraża go na dodatkowe obciążenia psychiczne. Badanie psychologiczne wykonane, po bezsennej nocy sugerowało istnienie ograniczonego uszkodzenia mózgu, powodującego deficyt operacji przestrzennych potwierdza też wysoką sprawność w rozumieniu sytuacji społecznych, myśleniu abstrakcyjnym, dokonywania uogólnień, na materiale abstrakcyjnym zdolności uczenia się nowych sytuacji, giętkości skojarzeń. Te cechy osobowości w połączeniu z zakazem wykonywania umiłowanego sportu mogły zdecydować o wyborze zawodu pedagogicznego. Przebycie ataków padaczkowych czy padaczkopodobnych stanowiło w umyśle przełożonych sygnał ostrzegawczy, możliwości nawrotu choroby i powstania niezdolności do realizacji funkcji pedagogicznych stąd domagali się odpowiednich zaświadczeń, które badany dostarczył. Nadmierne umartwienia, które realizował wraz z grupą rywalizujących kolegów, mogło poza innymi motywami stanowić odbicie dawnej potrzeby aktywności sportowej, ale jednocześnie stwarzało poważne niebezpieczeństwo dla niego samego. Stanowiło wyraz, braku wiedzy, zafałszowania przed samym sobą rzeczywistości lub też rezultat zaburzonego w tym momencie planowania i przewidywania. Jak się zdaje to postępowanie spowodowało nawrót choroby. Stwierdzenie w badaniu eeg zaburzeń w okolicy skroniowej z przeniesieniem ich na wykonanie pojedynczego ruchu, w zestawieniu z subiektywnymi doznaniem mogło stanowić wskaźnik ataków padaczki. Co do rokowania, pozostaje on w kręgu problematyki leczenia, należy się liczyć z tym, że po upływie około roku leczenia dolegliwości powinny ponownie ustąpić całkowicie, lecz w dalszej prognozie należy się liczyć z możliwością ich powrotu w niekorzystnych warunkach.

Pobieranie niewielkich dawek leków u tej grupy osób, przy zachowaniu pozostałych zaleceń co do trybu życia zwykle dostatecznie chroni je przed napadami, a jak to jest wskazane poniżej, może nie stanowić przeszkody nawet do prowadzenia pojazdów mechanicznych. Trudniejszym jest problem stanów desforycznych, możliwość pojawiania się epizodów dobrego czy złego nastroju, z których często zarówno sam chory jak i otoczenie mogą sobie nie zdawać sprawy, że są one wyrazem choroby, podlegają leczeniu i że można je usunąć przy pomocy odpowiednich leków.

4. Uwagi końcowe

W miarę rozwoju wiedzy, leczenia i nastawienia społeczeństwa w stosunku do osób

chorych na epilepsję zmienia się orzecznictwo i postępowanie nawet w tak ważnej dziedzinie jak prawo do prowadzenia pojazdów mechanicznych. W 1979 proponowano w tej kwestii nawet u osób bez napadów padaczki w których przypadkowo stwierdzono zmiany napadowe w eeg przeprowadzanie badań eeg co 6 miesięcy. Wyrażano zgodę na prowadzenie pojazdów mechanicznych u osób które od trzech lat nie miały ataków a od 2 lat nie używały leków, przy stwierdzeniu napadów padaczkowych lub ich ekwiwalentów - nie wyrażano zgody na prowadzenie pojazdów mechanicznych.⁹ Orzecznictwo w tej sprawie z 1983 przewiduje możliwość wyrażenia zgody na prowadzenie pojazdów mechanicznych przy: braku napadów padaczki od co najmniej trzech lat, lub też upływie dwuletniego okresu od napadu przygodnego czy przysennego. Nie stanowi natomiast przeszkody w prowadzeniu pojazdów mechanicznych pobieranie leków o działaniu przeciwpadaczkowym w dawkach nie upośledzających sprawności psychofizycznej, przy zachowaniu wcześniej wymienionych warunków.¹⁰ Cytowane zarządzenia zdają się stanowić wyraźnie optymistyczny wskaźnik dla osób, u których powstało czy to podejrzenie czy też ujawnienie się napadów padaczki. Stanowią one zarazem optymistyczny moment dla tych osób, które chcą realizować swoje pedagogiczne powołanie.

Przypisy:

1. A.Bilikiewicz, Smoczyński S., Psychopatologia guzów śródczaszkowych PZWL, Warszawa 1977, s.24.
2. K.Waterman, Purves S.J., Kosaka B., Strauss E., Wada J.A., An epileptic syndrome caused by mesial frontal lobe seizure foci, *Neurology* 1987, vol.37, s.577-582.
3. J.Majkowski, Padaczka, PZWL 1986, s.95.
4. J.Majkowski, Padaczka, PZWL, 1986, s.96-109.
5. L.W.Batzel, Dodrill C.B., Neuropsychological and emotional correlates of marital status and ability to live independently in individuals with epilepsy, *Epilepsia* 1984, vol.25, n.5, 594-598.
6. C.B.Dodrill, Clemmons D., Use of Neuropsychological tests to identify high school students with epilepsy who later demonstrate inadequate performances in life, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1984, vol.52, s.520-527.
7. J.Majkowski, Padaczka PZWL, 1986, s.95.
8. H.Ekiert, Jarzębowska E., Nurowska K., Welbel L., Osobowość chorych na padaczkę i ich krewnych ze szczególnym uwzględnieniem cech i objawów wykraczających poza charakter padaczkowy, *Psychiatria Polska* 1967, vol. 17, n.1, s.15-21.
9. M.Sikorski, red. Orzekanie lekarskie o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych, PZWL 1979, s.75.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 1.XII.83 w sprawie badań stanu zdrowia osób ubiegających się o prawo jazdy kierowców.